

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO INTEGRAL  
DEL ADULTO MAYOR CON ENFOQUE DE CURSO DE VIDA EN EL  
CENTRO DE SALUD ALTO ILO – MOQUEGUA, 2022**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**LOURDES CHARO CRUZ PANUERA**

**Callao, 2022**

**PERÚ**



## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN**

### **MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:**

- DRA. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO      PRESIDENTA
- DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ      SECRETARIA
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES      VOCAL

**ASESORA:** DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: N°261-2022

**Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 16 de noviembre del  
2022**

**Resolución de Consejo Universitario:** N.º 099-2021-CU., de fecha 30 de junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a mis padres, en especial a mi madre que siempre estuvo conmigo en cada una de mis metas trazadas, mis adorados hermanos.

A todos ellos que guían mi camino y me inspiran a ser mejor profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante.

A mis hermosos padres y hermanos, por su comprensión y estímulo constante, además su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios realizados.

A mis estimados docentes, por permitirme aprender y avanzar en mi profesión y brindarme los conocimientos y la guía necesaria para poder elaborar este trabajo.

A la reconocida Universidad Nacional del Callao por acogerme en esta gloriosa casa de estudios.

# ÍNDICE

|  |          |
|--|----------|
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>   | <b>3</b> |
| <br>   |          |
| <b>CAPÍTULO I.</b>   |          |
| Descripción de la situación problemática.....                    | 5        |
| <br>   |          |
| <b>CAPÍTULO II.</b>  |          |
| Marco teórico.....   | 7        |
| 2.1 Antecedentes   |          |
| 2.1.1 Antecedentes Internacionales.....                          | 7        |
| 2.1.2 Antecedentes Nacionales.....                               | 11       |
| 2.2 Bases Teóricas.....  | 15       |
| 2.2.1 Teoría de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.....    | 15       |
| A. generalidades.....  | 15       |
| B. Metaparadigmas.....   | 16       |
| 2.2.2. Teoría de la Actividad.....                               | 17       |
| 2.3 Bases Conceptuales.....                                      | 20       |
| 2.3.1. Envejecimiento.....                                       | 21       |
| 2.3.2. Atención primaria.....                                    | 24       |
| 2.3.3 Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida..... | 25       |
| 2.3.4 Principios orientadores del Modelo.....                    | 26       |
| 2.3.5 Características del Modelo.....                            | 28       |
| 2.3.6 El modelo de cuidado integral.....                         | 29       |

|   |    |
|---|----|
| 2.3.7 Componentes del modelo de cuidado integral por curso de vida... | 30 |
| 2.3.8 Abordaje de los determinantes sociales de la salud.....         | 32 |
| 2.3.9. Los cuidados integrales de la salud por curso de vida.....     | 32 |
| 2.3.9.1 Plan de Atención Integral.....                                | 35 |
| 2.3.9.2 Valoración Clínica del Adulto Mayor (Vacam).....              | 36 |

### **CAPÍTULO III.**

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 3.1. JUSTIFICACIÓN.....               | 38 |
| 3.2. OBJETIVOS.....                   | 39 |
| 3.2.1. OBJETIVO GENERAL.....          | 39 |
| 3.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....      | 39 |
| 3.3 META.....                         | 39 |
| 3.4. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES..... | 40 |
| 3.5 RECURSOS.....                     | 44 |
| 3.5.1 RECURSOS MATERIALES.....        | 44 |
| 3.5.2 RECURSOS HUMANOS.....           | 45 |
| 3.6 EJECUCIÓN.....                    | 46 |
| 3.7. EVALUACIÓN.....                  | 47 |
| CONCLUSIONES.....                     | 51 |
| RECOMENDACIONES.....                  | 52 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....       | 53 |
| ANEXOS .....                          | 59 |

## INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento en nuestro país es un auténtico reto que plantea la necesidad de nuevas respuestas, con el de propiciar un envejecimiento y una vejez con calidad, la población peruana, aumenta, la proporción de la población adulta mayor de 5.7% en el año 1950 a 13% en el año 2021 que además de crecer aceleradamente tiene y va tener aún más, una larga vida, lo que generara una importante demanda de servicios de salud. Se estima que existen 580 millones de adultos Mayores en el mundo, esto permite observar que es una población adulta mayor que además de crecer aceleradamente, tiene y va a tener aún más, una larga vida, lo que generará una importante demanda de servicios.

Por ello, no debe extrañar que el envejecimiento, en virtud de los cambios sociales, económicos, culturales y políticos, despierte un interés creciente en el país.

La distribución piramidal de la población está perdiendo su forma estrictamente triangular, debido al incremento de la proporción de personas de edades avanzadas y a la disminución relativa de la población menor de 15 años. Dicha tendencia hacia la longevidad se vislumbra como un fenómeno progresivo en Perú, a triplicar la población adulta mayor en un lapso de tres décadas

Actualmente con la pandemia de la COVID-19 ha afectado de manera desproporcionada a la población de adultos mayores. Las transiciones demográficas y epidemiológicas actuales en la Región requieren que cambiemos la forma en que tratamos y respondemos a las necesidades de nuestras personas mayores, especialmente ahora en situación de emergencia. La pandemia de la COVID-19 ha resaltado las necesidades y las vulnerabilidades que tienen las personas mayores con respecto a su derecho a la salud; evidenciado las tasas de mortalidad más altas en personas mayores con comorbilidades y con deterioro funcional; y expuesto la fragilidad de los sistemas de salud para apoyar a los adultos mayores y considerar sus necesidades únicas, entre otras (1).



El presente trabajo académico titulado “PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR CON ENFOQUE DE CURSO DE VIDA EN EL CENTRO DE SALUD ALTO ILO - MOQUEGUA, 2022”, tiene por finalidad contribuir a mejorar la atención integral de salud que se brinda a las personas adultas mayores en un marco de respeto a los derechos, equidad de género ,interculturalidad y calidad, favoreciendo así a un envejecimiento activo y saludable.

Se realiza el presente Plan como parte de la experiencia profesional como enfermera asistencial encargada del Curso de vida Adulto Mayor en tiempo de pandemia, en este sentido se da a conocer el porcentaje de discapacidad y la velocidad de envejecimiento asociándose el trabajo multidisciplinario en el modo de pensar brindando una atención integral de calidad y su derecho a vivir con dignidad.

Este trabajo consta de: Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, y un apartado de anexos.

Es importante precisar que para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un Plan de intervención de enfermería para contribuir a mejorar la intervención de enfermería en el cuidado integral de salud del curso de vida adulto mayor, el cual contiene: justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe mencionar que fue ejecutado durante el primer semestre del año 2022, y se continúa trabajando siendo elaborado en su totalidad por la autora, y será presentado a la Jefatura del establecimiento de salud, así tener una mirada de impacto de vulnerabilidad y tener una perspectiva para continuar trabajando.

# CAPÍTULO I

## DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La nueva Pirámide poblacional de 60 a más años en el Mundo, en Latinoamérica y en especial el Perú, muestra un incremento invertido de la pirámide poblacional, como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumentó la proporción de la población adulta mayor de 60 a más años es de 5,7% en el año 1950 a 13,3% en el año 2022 y el año 2020 la esperanza de vida en Perú subió a 76,95 años, en las mujeres a 79,71 años y en hombres a 74,29 años. Se estima que en el quinquenio 2020-2025, las mujeres tendrán un promedio de vida de 79,8 años y los hombres 74,5 años de Esperanza de vida (1).

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del curso de vida desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Dicho proceso considerado universal e irreversible, dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos (2) (3) (4). como afirma Fairweather, que, “envejecer es el conjunto de procesos que contribuyen a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para la edad en una población que vive en condiciones ideales para su supervivencia”. (5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) nos refiere que el envejecimiento es un proceso biológico, como consecuencia de una acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo de los años, que llevan a las personas hacia un descenso gradual de sus capacidades, tanto físicas como mentales, así como el aumento de riesgo de diversas enfermedades y la muerte, dicho proceso es diferente para cada persona, y estos cambios biológicos del envejecimiento están asociados a otras variables como la jubilación, las pérdidas emocionales, el cambio de lugar de residencia y la pérdida de familiares amigos o la pareja (6).

La atención integral de la persona adulta mayor comprende un conjunto de cuidados esenciales los que se encuentran incluidos en el paquete de Atención Integral, de acuerdo a las necesidades de salud del adulto mayor (MINSA, 2010).

En ese contexto en el Centro de Salud Alto Ilo venimos realizando la atención integral a los adultos mayores, teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento de las personas, las necesidades de salud, el aseguramiento en salud y satisfacer la demanda según los indicadores de curso de vida; el cual se viene realizando con el plan de intervención de enfermería en el cuidado integral de salud curso de vida adulto mayor, con las intervenciones sanitarias integradas programadas y desarrollar con el equipo de salud según situación demográficas y epidemiológicas del establecimiento de salud y la Región de Moquegua, encaminados a lograr un envejecimiento saludable.

Ante esta realidad actualmente el Centro de Salud Alto de nivel I-3, busca mejorar la atención Integral del curso de vida Adulto Mayor en tiempos de Pandemia.

En los últimos dos años de la pandemia del covid 19 no se pudo desarrollar el trabajo asignado para este curso de vida se toma como referencia la evaluación anual del 2021 no se logró el paquete de atención integral completo siendo su fuente el monitoreo del curso de vida adulto mayor con una meta de 35 paquetes de atención integral con un avance de cero (0%).

Para mejorar la atención integral del curso de vida adulto mayor se busca trabajar conjuntamente con el equipo multidisciplinario desarrollando diversas actividades involucrando directamente a los integrantes adultos mayores que asisten al círculo del adulto mayor (CAM) siendo nuestra finalidad mejorar la atención integral de la salud que se brinda a las personas adultas mayores, desarrollándose estrategias para una atención integral, extramural, atención de daños sub agudos y crónicos, atención emergencia de manera adecuada.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

##### **2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

**LOMBARDO FRANCISCO C. (España, 2021)** En su estudio “Evolución de la salud de las personas mayores, fragilidad y factores pronósticos de inclusión en un programa de atención domiciliaria, ingreso en un centro residencial y mortalidad. Seguimiento de una cohorte de adultos mayores de Cataluña”

En un diseño de cohorte prospectivo, multicéntrico, realizado en 23 centros de Atención Primaria de Salud (APS) de Cataluña, con un seguimiento de 12 años (2005-2017), participaron en la cohorte 616 adultos de 70 años y más, los datos recogidos fueron por entrevista basal incluyó datos sociodemográficos y sanitarios, para el Análisis estadístico y describir el estado de salud y fragilidad, así como los factores asociados, al inicio del estudio y en el seguimiento a los 8 años, se utilizaron estadísticos descriptivos: variables continuas se expresaron como media y desviación estándar, o como mediana e intervalo intercuartílico; y las variables categóricas se expresaron como frecuencias. Este modelo predictivo para la admisión en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) se asoció con la edad avanzada, la dependencia de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y la marcha lenta. El modelo predictivo para el ingreso en el centro residencial (CR) de mayores se asoció además de los anteriores con el aumento del número de fármacos prescritos (media fármacos = 6,6 fármacos)

Podemos concluir que los modelos pronósticos basados en evaluaciones geriátricas integrales (VGI) pueden predecir la necesidad de ingreso en ATDOM, en CR de mayores y la mortalidad en adultos mayores que viven

en la comunidad. Los hallazgos subrayan la necesidad de focalizar la valoración de los adultos mayores, en los centros de Atención Primaria de Salud (APS), basada en la capacidad funcional, la movilidad, la polifarmacia y los aspectos sociales y familiares de los mayores para que puedan beneficiarse de acciones preventivas que retrasen o frenen la fragilidad para poder realizar una vida independiente el mayor tiempo posible (7).

En nuestro centro de salud se evaluará al adulto mayor frágil dependiendo de las características y complejidad del daño será referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades.

**CHASILLACTA F. & QUINATOA S. (Ecuador, 2020).** En su estudio “Atención de enfermería para el mejoramiento del bienestar físico y social del adulto mayor en el hogar de ancianos “Sagrado Corazón de Jesús” de Ambato”. En este proyecto se utilizó una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptiva, observacional, no experimental que involucró a 77 adultos mayores, 16 de género masculino y 61 de género femenino. Se encuentran institucionalizados en el Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús a quienes se les procedió la aplicación de las Escalas de Barthel y Tinetti para valorar el bienestar físico y la Escala de Gijón para el bienestar social.

Podemos concluir que el 41,5% de adultos mayores tienen un nivel de dependencia moderada, el 54,5% tiene alto riesgo de caída: el 68,8% respecto a marcha y el 88,3% a equilibrio, además que el 57,1% existe riesgo social. Fue necesario diseñar un plan de intervención de enfermería basado en las alteraciones tanto físicas como sociales y de esta manera alcanzar un mayor grado de bienestar en los adultos mayores investigados. El incremento en la esperanza de vida del ser humano ha desprendido un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas con efectos discapacitante.. (8).

En nuestro establecimiento de salud se realiza el plan de atención integral de salud individualizado y realizado de acuerdo a cada una de las categorías y según sus cuidados esenciales.

**PAREDES, YARCE Y AGUIRRE, (Colombia, 2018).** En el estudio “Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia. Con el objetivo de analizar la relación de los factores sociodemográficos y condiciones de salud con el estado funcional, se tomó una muestra de 391 adultos mayores de la Ciudad de Pasto; de corte transversal, a estos adultos se les evaluó su funcionalidad con la escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody. En este estudio también se revisó las características demográficas, los antecedentes médicos, el nivel cognitivo global y la sintomatología depresiva. Los resultados fueron que un 26,3% de los adultos mayores presentó un nivel de dependencia funcional el cual se asoció al género masculino, dependencia económica, enfermedades crónicas como antecedentes de enfermedad cerebrovascular, artritis, síntomas depresivos y deterioro cognitivo. El estudio concluyó que el proceso de envejecimiento, la capacidad funcional se ve condicionada a múltiples factores, lo cual conlleva a que el adulto mayor pierda paulatinamente su nivel de independencia, impactando en la calidad de vida ,y en el medio donde se desarrolla. (9).

En nuestro establecimiento de salud se realizan actividades orientadas ha mejorar el nivel funcional del adulto mayor tanto en esfera física psicológica y social.

**ARANCO, STAMPINI, IBARRÁN Y MEDELLÍN, (Latinoamérica, 2018).** En la publicación Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe, del 2018, donde se recopila una serie de estudios para el Observatorio del Envejecimiento y Cuidados del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), realizada con el objetivo de informar a los tomadores de decisiones además se menciona que las políticas se establezcan en función

de la evidencia empírica , por lo que documenta la situación demográfica de los países de la región, la salud de los adultos mayores, sus limitaciones y su condición de dependencia, además de sus principales características socioeconómicas. Los 8 resultados fueron que en la región de América Latina y el Caribe, el 12% de la población adulta mayor de 60 años es dependiente, siendo la magnitud así como la intensidad de la dependencia los que se incrementan con la edad, siendo las mujeres las más afectadas en todos los grupos de edad. (10).

En nuestro centro de salud se brinda actividades de promoción y educación para la salud al adulto mayor sano o enfermo.

**GONZÁLEZ Y CARDENTY (Cuba, 2018).** En el estudio “Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores,”. Con el objetivo de caracterizar el comportamiento de estas enfermedades en adultos mayores. Los resultados fueron que predominó el género femenino, el grupo de 75 y más años, así como la hipertensión arterial como enfermedad crónica padecida en adultos mayores de ambos géneros. En los grupos etarios de 60 a 64 y 65 a 69 mayoritariamente presentaron 1 enfermedad crónica no transmisible, el grupo de 70 a 74 predominó con 2, mientras que el grupo de 75 y más años predominó con 3. El estudio concluyó que las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema de salud para los adultos mayores. Predominaron las mujeres igual y mayor de 75 años, así como la hipertensión arterial en ambos sexos. A medida que se envejece es más frecuente la presencia de más de 1 comorbilidad, prevaleció el antecedente familiar de primer grado y el hábito de fumar como factor de riesgo. (11).

En el centro de salud realizamos la Valoración clínica de factores de riesgo al interrogar al paciente con antecedentes personales dándose la presencia o no de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

**ISABANDO, ZAMBRANO, MOLINA Y LOOR. (Ecuador, 2018).** En el estudio "Promoción de estilos de vida saludables en la investigación e intervención de la salud familiar intercultural en el adulto mayor. Con el objetivo de identificar el perfil sociodemográfico, epidemiológico e intercultural de las familias; de tipo descriptivo en 94 adultos mayores, 34 internos de Funteaman y 60 asociados al club de Jaramijó. Los resultados fueron entre las enfermedades frecuentes están la hipertensión arterial 26%, diabetes mellitus tipo II 20%, enfermedades cardiovasculares 16%, osteoarticular 12%, enfermedades renales 10%, pulmonares 6%, prostáticos y ginecológicos 4% de los cuales 2% presentan cáncer y el 32% de los adultos mayores posee algún tipo de discapacidad en ambos 9 grupos. Se concluyó que el 52% de los adultos se sienten tristes, excluidos, aislados e inútiles, no siempre reciben visitas, ni participan con sus familiares y amigos, el 16 % de los adultos mayores viven solos totalmente abandonados. (12).

En el centro de salud asisten a consulta médica los adultos mayores sin compañía de un familiar o cuidador refiriendo que viven solos existiendo un riesgo o problema social.

## **2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES**

**CABRERA M., JARA G. (Cajamarca, 2021),** en su estudio "Cuidado Integral del Adulto Mayor por el Cuidador. Centro de Salud la Tulpuna, Cajamarca – 2021", El tipo de investigación fue descriptiva y de corte transversal. La muestra conformada por 107 adultos mayores. Se concluyó que el 93.5% de los adultos mayores se encuentran entre 60 y 91 años predominando el sexo masculino; 89,7 % son independientes; 77.0 % de la población presentan enfermedades del Sistema digestivo, respiratorio, urinario, nervioso y cardiovascular. Referente al cuidado integral, desde el aspecto físico y social, por parte de la persona cuidadora, predomina la alternativa nunca, menos de la mitad la alternativa a veces; desde el aspecto espiritual, predomina la alternativa nunca, y más de la tercera parte a veces; en cuanto al aspecto espiritual predomina la alternativa nunca y



más de la alternativa a veces en el aspecto psicológico aproximadamente la mitad de la población en estudio refiere que a veces le escucha y conversa cuando está preocupado y ayuda a comunicarse con amigos y familiares, en cambio 29.0%,38.0% nunca lo hace respectivamente. Concluyendo que el cuidado integral del adulto mayor por parte de la persona cuidadora es deficiente. (13).

En el centro de salud se cuenta con un círculo del adulto mayor (CAM) refieren la gran mayoría de los integrantes no tener comunicación emocional con la familia, cuidador, y círculos de amistades de nada vale tener todas las necesidades materiales cubiertas si las adultas mayores viven solas sin cariño y únicamente en fechas memorables entran en contacto con sus familiares.

**MONTEZA S. (Chiclayo, 2020).** En su estudio llamado “Calidad del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario en el programa de atención Integral del Adulto Mayor – Microred la Victoria, 2019. El presente estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte trasversal; la población fue 519 adultos mayores, con una muestra de 222; distribuidos por muestreo estratificado en los cinco centros de salud de la Microred, fueron elegidos por muestreo por conveniencia. Se aplicó el cuestionario: “Percepción del paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería” su confiabilidad tiene un Alpha de Cronbach de 0.746. Este cuestionario evalúa la calidad del cuidado: Dimensión Humana, Dimensión Técnica Científico y Dimensión Entorno. Se tomó en cuenta los principios de rigor ético de Berti. El objetivo de la investigación es determinar la calidad del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario en el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor – Microred La Victoria, 2019. Los resultados obtenidos fueron que el 50.5% adultos mayores jóvenes, el 74.3% son mujeres, 55.4% tuvieron primaria, 96.4% son de zona urbana, 100% están afiliados al SIS y el 81.5% son continuadores. Con respecto a la Dimensión Humana el 62.6% es de buena calidad, la Dimensión técnica científico el 54.5% es de buena calidad, y para la Dimensión Entorno el 77.5% es de regular calidad, evidenciándose

como resultados que la calidad del cuidado brindado por el profesional de enfermería es de buena calidad para el 73.4% de participantes. Podemos concluir que, la calidad de cuidado de enfermería desde la percepción del usuario del programa de atención integral del adulto mayor es buena de forma general y por dimensiones del cuidado. (14).

En nuestro establecimiento la enfermera encargada del curso de vida adulto mayor coordina con el equipo multidisciplinario para las actividades a realizarse en promoción y prevención cumpliendo un rol importante en calidad de cuidado para la salud.

**BARBOZA P. (Ayacucho, 2019)** en su estudio “Factores demográficos, económicos y sociales asociados al maltrato del adulto mayor en el distrito de socos”. Cuyo objetivo fue, determinar los factores demográficos, económicos y sociales asociados al maltrato del adulto mayor del Distrito de Socos, fue una investigación con enfoque cuantitativo diseño descriptivo, correlacional y no experimental, su población estuvo conformada por todos los adultos mayores del distrito de Socos, uso la técnica de recolección una entrevista estructurada, los instrumentos fueron cuestionarios elaborados para identificar los tipos de maltratos existentes, validadas, su prueba estadística utilizada fue chi cuadrado de Pearson, con los que determino que existe maltrato físico y maltrato psicológico en el 79.4% (50) de adultos mayores respectivamente, maltrato financiero en el 82.5% (52), maltrato por negligencia o abandono en el 66.7% (42). Podemos concluir que el maltrato físico está asociado ( $p < 0.05$ ) a la edad. El maltrato psicológico está asociado ( $p < 0.05$ ) a la edad, sexo, ingresos económicos, ocupación y a la falta de apoyo familiar. El maltrato financiero está asociado ( $p < 0.05$ ) a la falta de apoyo familiar y apoyo social y el maltrato por negligencia o abandono está asociada ( $p < 0.05$ ) al ingreso económico, la ocupación y la falta de apoyo familiar hacia los adultos mayores (15).

En nuestro centro de salud realizamos la ficha del tamizaje de violencia familiar en caso sea positivo se deriva al servicio de Psicología para su seguimiento y monitoreo oportuno.

**BERROCAL, (Lima, 2018).** En la tesis “Factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017,” tesis para optar el título de magister en Gestión de los Servicios de salud, Universidad César Vallejo, realizado en Perú, ciudad de Lima. El objetivo fue determinar la asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor; de tipo descriptivo, correlacional, de diseño no experimental y transversal. La muestra fue de 50 pacientes adultos mayores a quienes se encuestó para medir los factores de riesgo de discapacidad. Los resultados demostraron que existe relación entre los factores de riesgo en la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia. (16).

En el establecimiento de salud realizamos sesiones educativas y demostrativas para modificar los estilos de vida saludable y así captamos adultos mayores con factores de riesgo para evitar a la larga tener adultos mayores discapacitados.

**JÁUREGUI A. (Ica, 2017).** En su estudio llamado “Calidad de Vida de la persona adulta mayor perteneciente al Programa Gerontológico Social de dos provincias de Ica, Perú 2017”. Es un estudio de tipo no experimental, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo constituida por adultos mayores pertenecientes al Programa Gerontológico Social de las provincias de Palpa (n=65) y Nasca (n=30), en el departamento de Ica, Perú. La unidad de análisis fue la persona adulta mayor participante del Programa Gerontológico Social. La calidad de vida se evaluó con el Cuestionario de Salud SF-36. El 90 % de los adultos mayores pertenecientes al Programa Gerontológico Social de la provincia de Nasca posee alta calidad de vida según salud mental; mientras el 60 % posee regular calidad de vida según vitalidad. Se encontró que el 81.5 % de las personas adultas mayores pertenecientes al Programa Gerontológico Social de la provincia de Palpa tienen alta calidad de vida según salud mental, pero baja calidad de vida según rol físico (63.1 %). El nivel de calidad de vida de la persona adulta mayor perteneciente al Programa Gerontológico Social de Nasca es mejor

que el nivel de calidad de vida de quienes pertenecen al Programa Gerontológico de Palpa.(17).

En nuestro establecimiento de salud el nivel de calidad de vida con la pandemia del COVID-19 del curso de vida adulto mayor ha aumentado porque en su mayoría tienen 2 a 3 patologías.

## **2.2 BASE TEORICA**

### **2.2.1 Teoría de las 14 Necesidades de Virginia Henderson**

#### **A. Generalidades.**

La teoría se ubica en los modelos de las necesidades humanas

Nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996.

Como otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra Mundial.

Se graduó en 1921 en la Escuela de enfermería del Ejército de Estados Unidos.

Se especializo en la Docencia e Investigación.

La única función es ayudar a la persona sana o enferma en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación(o una muerte tranquila ),que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza ,voluntad o conocimiento necesario ,haciéndolo de tal modo que se facilite su independencia lo más rápido posible.

Identifico las 14 Necesidades Básicas en 1955

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. .Moverse y mantener posturas adecuadas
5. .Dormir y descansar
6. .Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles .(18)

## **B. Metaparadigmas**

Postulados que representan el “cómo hacer” del modelo. Afirmaciones sobre la persona, entorno, salud, o rol de la enfermera, que se aceptan como verdades:  
La persona es un todo completo con 14 necesidades básicas  
La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla  
Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo

B.1. Persona: Es aquel individuo total que presenta 14 necesidades fundamentales (cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural).

Toda persona requiere ayuda para ser independiente

B.2. Cuidado/Enfermera: La función propia de la enfermera es ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que no pueda realizar por sí mismo (“hacer con / hacer por”).

B.3 Entorno : Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno  
Inicialmente se refiere a él como algo estático, aunque reconoce influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud.

B.4. Salud /Enfermedad: Los individuos recuperaran la salud o la mantendrán si tienen la fuerza ,la voluntad o el conocimiento necesario. La satisfacción de estas necesidades, en toda su complejidad, es la que mantiene la integralidad de la persona.(18).

La Teoría de Virginia Henderson de las necesidades básicas para la vida y la salud se relaciona con el Plan de intervención de enfermería en el cuidado integral del curso de vida adulto mayor ya que dándose un proceso de envejecimiento

acelerado a nivel mundial y nacional ,regional, debe ser un reto abordar la promoción de la salud por parte de todo el equipo de salud educando y reforzando su autocuidado con diferentes actividades de necesidades, cuidados ,que se realizan en su atención integral y sus limitaciones funcionales que están correlacionadas con la presencia de enfermedades no transmisibles , así logrando desarrollar su dependencia en su vida diaria y con el compromiso de mejorar su calidad de vida y mantener estilos de vida saludable.

### **2.2.2 TEORIA DE LA ACTIVIDAD**

La primera generación de teorías surgió durante la década del sesenta, aunque hubo propuestas preliminares durante la década anterior. Estos primeros esfuerzos estaban enmarcados dentro del abordaje de la psicología social y se interesaban en las distintas formas de actividad y grados de satisfacción, adaptación a la declinación considerada propia del envejecimiento.

La teoría de la actividad (Cavan, 1962; Havighurst & Albrecht, 1953), en contraposición a la del descompromiso, sostiene que cuanto más activas sean las personas ancianas, mayor satisfacción obtendrán en su vida , la teoría de la actividad no fue desarrollada explícitamente hasta que debió enfrentar el desafío de la teoría del descompromiso.(19)

(Cavan, 1962), aparece más estrechamente ligada a esta corriente teórica, se destaca la importancia de la interacción social en el desarrollo del concepto de sí mismo en la vejez. Por lo tanto, el bienestar en la edad avanzada depende de que se desarrolle una actividad considerable en los roles recientemente adquiridos. La teoría de la actividad proporciona la justificación conceptual a la actividad social siendo beneficiosa en sí misma y tiene como resultado una mayor satisfacción en la vida.

( Tartler en 1961), puede ser llamada o confundida con la Teoría de los Roles pues comparten planteamientos similares. El punto en común y que, quizás, se presta a confusión, es que toda actividad social supone o involucra un rol.

Desde la perspectiva de la teoría de la actividad, el concepto de sí mismo está relacionado con el bienestar en la edad avanzada depende de que se desarrolle una actividad considerable en los roles recientemente adquiridos. La teoría de la actividad proporciona la justificación conceptual al supuesto que subyace en gran cantidad de programas para los viejos: la actividad social es beneficiosa en sí misma y tiene como resultado una mayor satisfacción en la vida. Se debe considerar, asimismo, no sólo los aspectos individuales sino también los grupales, los colectivos. Participar colectivamente de una actividad, posibilita fortalecer las potencialidades personales y también descubrir otras a partir de nuevos y originales roles que se ocupan en ese grupo. La Teoría de la Actividad, en una visión un tanto extremista, propone que sólo un individuo activo puede ser feliz y que sólo en el ejercicio de la actividad puede encontrar satisfacción. Esta visión extrema y por demás utilitarista no considera el sentido adherido a ciertas actividades satisfactorias para el individuo pero que, sin embargo, no podrían ser consideradas productivas. El surgimiento de organizaciones como clubes o centros de personas mayores, brinda nuevas oportunidades para desarrollar actividades sociales. Al mismo tiempo que desaparecen los roles tradicionales ligados a particulares formas de transmisión de saberes, surgen otros ligados a estas novedosas formas de participación social. Primero, cuanto mayor sea la pérdida de roles, menor será la participación en la actividad. Segundo, si los niveles de actividad continúan siendo altos, habrá mayor disponibilidad de roles que respalden la identidad del anciano. Tercero, la estabilidad en el respaldo de los roles asegura un sentido de sí mismo estable. Finalmente, cuanto más positivo sea el concepto de sí mismo, mayor será el grado de satisfacción con la vida. A partir de estas cuatro proposiciones, se dedujeron seis teoremas que especifican en detalle las relaciones implicadas por la teoría. Es realmente desafortunado que los datos disponibles para los investigadores fueran insuficientes para proveer un respaldo definitivo a las proposiciones básicas de la teoría de la actividad (Lemon, Bengtson y Peterson, 1972). Obviamente, una cantidad de variables relativas a la clase social están implícitas en el modelo de la actividad. Sin embargo, es sorprendente que el trasfondo ideológico de la perspectiva de la actividad no

fuera examinado por aquellos que abogaban por su aplicación a los viejos (Dowd, 1980). Para Moody, (1998) la teoría de la actividad está en el polo opuesto a la teoría de la desvinculación de la vejez. Se argumenta que cuanto más activa es la gente más probable es que esté satisfecha. La teoría de la actividad reconoce que la mayoría de la gente continúa en la vejez con los roles y las actividades establecidos anteriormente, porque continúan teniendo las mismas necesidades y valores. Un punto similar se observa en la teoría de la continuidad de la vejez, que apunta a considerar que la gente que envejece se inclina a mantener tanto como puedan los mismos hábitos, personalidades y estilos de vida que desarrollaron en años anteriores (Costa y McCrae, 1980). De acuerdo con ambas, la teoría de la actividad y la de la continuidad, todas las disminuciones en la interacción social en la vejez se explican mejor por poca salud o discapacidad, compromiso social y los roles productivos, todos parecen contribuir a la salud mental y la satisfacción de la vida. Pero otros estudios sugieren que la actividad informal o aun la integración social meramente percibida pueden ser más importantes en promover el bienestar subjetivo. Este punto está enfatizado por aquellos que adoptan un punto de vista fenomenológico subyacente a la teoría de la interpretación de la vejez. Si el retiro o las limitaciones de la edad hacen imposible la participación propiamente dicha, la teoría de la actividad sugiere que la gente encontrará sustitutos para los roles o actividades anteriores a los que hayan tenido que renunciar (Atchley, 1987). Una gran cantidad de actividades sociales, alentadas por los centros de mayores o instalaciones de cuidados de largo plazo, están inspiradas por la suposición de que si la gente mayor está activa e involucrada, entonces todos estarán bien. Pero tal participación activa puede ser más factible para los viejos-jóvenes que para los viejos-viejos. Las limitaciones biológicas no pueden ser todas superadas por el esfuerzo voluntario; ninguna cantidad de promoción de la salud puede aparentemente prevenir la enfermedad de Alzheimer, por ejemplo. Por igual, el ideal de la vejez activa parece en muchos aspectos una prolongación de la edad mediana más compromiso social en las trayectorias de los viejos.



Lemon y otros (1972), por ejemplo, en su intento por enmarcar la teoría de la actividad en términos del interaccionismo simbólico, encontró que la relación entre bienestar y actividad en la vejez depende del tipo de actividad: formal, informal, solitaria. La Teoría de la Actividad tal como lo enuncia Tartler en 1961, puede ser llamada o confundida con la Teoría de los Roles pues comparten planteamientos similares. El punto en común y que, quizás, se presta a confusión, es que toda actividad social supone o involucra un rol. En este contexto se entiende por rol social a una expectativa de comportamiento social en relación a mandamientos normativos de base simbólica y que se imponen a los sujetos en base a normas sedimentadas en la sociedad. Desde esta perspectiva, hay cierta similitud con la clásica definición de Durkheim de “hecho social” en relación a la fuerza coactiva que dicho hecho posee para los individuos que viven en una sociedad. La mirada del sociólogo francés, puede ser considerado, en la persona mayor, al llevar adelante una actividad social, no lo hace de cualquier manera sino desde un rol adjudicado o un rol asumido y definido por él. El rol, entendido desde esta mirada, aparece como una guía para la acción y colabora para la determinación de su praxis social. A partir de estas consideraciones, es posible advertir cómo se relaciona la Teoría de la Actividad con la Teoría de los Roles en la vida cotidiana de los viejos ya que la actividad social que desarrollan está afectada por el rol que deben desempeñar. La Teoría de la Actividad es considerada como una de las más antiguas en el campo de la Gerontología. Lo más importante es estar socialmente involucrado socialmente independientemente del tipo de roles que se desempeñen, sin embargo, algunos autores pusieron mayor énfasis en la calidad y la intensidad de las relaciones interpersonales .(19)

### **2.3 BASE CONCEPTUAL**

A nivel mundial, cada vez se confirma el incremento de los adultos mayores de 60 años, lo cual crea una preocupación e interés por este curso de vida, no solo por la prolongación de sus años, sino por las intervenciones que se realizan en el cuidado integral para lograr el máximo bienestar, con un envejecimiento exitoso y saludable

Las personas adultas mayores sanas e independientes contribuyen al bienestar de la familia y la comunidad, este curso de vida aumenta exponencialmente en diferentes situaciones socioeconómicas complejas e inciertas y sólo las intervenciones oportunas permitirán potenciar la contribución de este curso de vida al desarrollo social y evitar que se conviertan en un factor de crisis para las instituciones de salud como es los establecimientos de salud del primer nivel (20).

El envejecimiento saludable es un “proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida” (21).

La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) ofrece la oportunidad de aunar a los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en torno a diez años de acción concertada, catalizadora y de colaboración para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven (22).

La OPS tiene un rol protagónico en el desarrollo de la Década del Envejecimiento Saludable para las Américas en asegurar el desarrollo de propuestas, acciones, intervenciones y alianzas exitosas con socios líderes y esenciales de la Región.

### **2.3.1. Envejecimiento**

El envejecimiento es considerado, un proceso continuo, universal, irreversible, heterogéneo e individual del ser humano durante todo el curso de vida que determina pérdida progresiva de la capacidad de adaptación (23) (24).

proponen que el **envejecimiento óptimo** se basa en el cuidado de su propio cuerpo, con alimentación y actividad física adecuados, evitando el estrés y los conflictos, educando lo más posible al cerebro y considerando en lo social, compañías satisfactorias. Brummel-Smith (25) refiere que la forma de **envejecimiento óptimo** debería considerarse como un modelo biopsicosocial, puesto que se toman en cuenta varios aspectos que buscan el desarrollo de nuevas capacidades en la persona. tales como la respuesta biológica; si bien las enfermedades en la vejez son bastantes comunes, muchas de ellas se pueden prevenir, la inclusión de ejercicio leve, nutrición adecuada relacionada con un peso saludable, sueño de buena calidad, evitar el consumo de tabaco y alcohol, las intervenciones preventivas y un adecuado funcionamiento cognitivo, basado en constante aprendizaje y educación, así como en la reducción de estrés y depresión, son actividades que están totalmente en la responsabilidad de la propia persona y que contribuirían positivamente a tener un envejecimiento óptimo.

Asimismo, el **envejecimiento activo** que es un "... proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (26). En este sentido, OMS indica tener un compromiso significativo en todos los ámbitos de la vida del adulto mayor como adultos con fragilidad, discapacidad, necesidad de cuidados, de tal forma, según Sancho (27) hablar de envejecimiento activo también se busca asegurar la calidad de vida, aunque la persona no pueda recuperar la salud o la funcionalidad, al promover la autonomía, responsabilidad e independencia personal (28)(29).

El **envejecimiento positivo** agrupa tres aspectos principales, tales como: a) el envejecimiento exitoso es multidimensional, puesto que abarca aspectos biofísicos, emocionales, cognitivos y sociales; b) no pueden ser reducidas a dominios puramente biológicos en términos de salud y enfermedad, ni a condiciones subjetivas; y c) no hay grandes diferencias interculturales en este constructo Fernández-Ballesteros, (30). A través de análisis factorial exploratorio, se determina que existen 5 factores que inciden en este tipo de

envejecimiento, y son: a) salud, medida a través de presencia de enfermedades, medicamentos que consume, así como percepción de salud; b) cognición, valorada con instrumentos psicométricos, demuestra que además de promover beneficios en el área laboral, también aporta a la capacidad de adaptarse en el envejecimiento; c) actividad, evaluada por medio de frecuencia de productividad y actividades de placer; d) afecto, valorado por satisfacción, balance emocional y afectos negativos; y e) fitness, medido por el índice de masa corporal y la percepción de fuerza, flexibilidad y resistencia (30).

En lo referente al factor social, se considera el apoyo social, la religión y el compromiso con la vida como puntos esenciales que favorecen a las personas a afrontar las adversidades de la vida, muy importantes para el **envejecimiento exitoso**. en ese contexto, la red de apoyo se refiere a la existencia o disponibilidad de personas con las que uno puede contar; personas que lo hacen sentir cuidado, valorado y amado, y es un factor protector contra el maltrato al adulto mayor, ideación suicida, morbilidad y mortalidad (31).

Para valorar este factor, se consideró la interacción con vecinos, familiares y amigos, consultado acerca de la frecuencia con la que se reúne con sus familiares o cuánto tiempo pasa con sus amigos. Estos son aspectos que indican que el adulto mayor tiene mayor apoyo social y que participa de manera activa en su vida social. Las actividades placenteras, incluyen acciones como ejercicio o vacaciones, puesto que se han relacionado con una buena función cognitiva, así como con un adecuado funcionamiento físico en el adulto mayor. Además, se señala, por ejemplo, que hacer ejercicio con amigos provee una doble fortaleza física y cognitiva para evitar el deterioro (Seeman, 31), lo que traerá una mayor satisfacción con la vida y sobre todo generará un envejecimiento activo.

Los modelos psicosociales de envejecimiento exitoso, consideran el optimismo o actitud positiva, que fortalecen a las personas para que tengan

expectativas positivas de los acontecimientos (Carver y Buchanan, 31). Así como la autoeficacia y la autoestima y la gerotranscendencia, que describen de que los adultos mayores sean capaces de ver su vida en retrospectiva y otorgarle sentido y propósito, así como entenderla con coherencia (31).

Los adultos mayores necesitan ante todo la oportunidad de llegar hacia el final de vida con dignidad, no como seres receptivos y pasivos, sino como los propios autores de su éxito en una edad avanzada. Por ello muchos de las propuestas y factores presentados por diferentes modelos parecen señalar de manera implícita que el camino se construye desde mucho antes de que llegue la vejez (32) (33).

Sin embargo, también es necesario resaltar que en el Centro de Salud Alto llo, se viene desarrollando el programa de atención integral del adulto mayor a 60 años por curso de vida.

### **2.3.2. Atención primaria**

En 1978, para afrontar los factores causales que determinan la salud, se llevó a cabo la Conferencia Internacional de Alma Ata, concluyó con la Declaración de Alma Ata, que definió a la Atención Primaria de Salud (APS) como la "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación", y se estableció como una estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos y cumplir con el lema "Salud para todos en el año 2000" (33).

Por lo cual la Atención Primaria, es el ámbito asistencial que se caracteriza principalmente por su accesibilidad, y desde donde se presta una atención

integral y continuada con un abordaje centrado en la persona, familia y comunidad (34).

Por tanto, es responsabilidad del Estado garantizar el cuidado integral para las personas, familias y comunidad; mediante los establecimientos de salud del primer nivel y el recurso humano capacitado; con la organización del personal y los servicios involucrados en el cuidado integral; el financiamiento y las estrategias para que los equipos de salud puedan brindar cuidados integrales en los diferentes escenarios donde las personas adultas mayores se desarrollan.(35)

### **2.3.3 Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida**

El Perú cuenta con una historia importante, en la atención de la salud basado en familia y comunidad MAIS-BFC, el 2018, en la Conferencia Internacional de Astana los países se comprometieron a fortalecer sus sistemas basados en Atención Primaria de Salud como paso esencial para lograr la cobertura sanitaria universal. Para ello, se reorientan los sistemas de salud hacia la atención primaria de la salud la cual debe generar importantes beneficios para la salud, promoviendo el desarrollo humano, «La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas» (36).

**Cuidado integral de la salud:** Son las acciones e intervenciones personales, familiares y comunitaria destinadas a promover hábitos y conductas saludables, buscan preservar la salud, recuperarla de alguna dolencia o enfermedad, rehabilitarse, paliar el sufrimiento físico o mental, fortalecer la protección familiar y social. Comprende, por un lado, las intervenciones

sanitarias de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en salud en torno a la persona, familia y comunidad. Además, comprende las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales sobre las Determinantes Sociales de la Salud, bajo la Rectoría del Ministerio de Salud, abordando el marco socio económico político cultural, las determinantes estructurales y las determinantes intermedias, incluido el Sistema de Salud, con la finalidad de construir un país y una sociedad saludable (37).

#### **2.3.4 Principios orientadores del Modelo**

El modelo se enmarca en los contenidos de la APS Renovada:

- Integralidad: la integralidad del cuidado a la persona, familia y comunidad contempla los cuidados vinculados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para cubrir sus necesidades de salud sin distinción de clase social, raza, credo, género u otra condición.
- Universalidad: Garantiza el derecho de toda persona, familia o comunidad a la salud, a través del Estado quien aborda los determinantes sociales de la salud y el sistema de salud que garantiza el acceso con equidad a los servicios de salud.
- Calidad: Tiene su fundamento y razón de ser en la calidad de vida, como justa aspiración de la persona y deber de todos los actores sociales, conducida por los gobiernos. La calidad de la prestación es consecuencia del derecho a la salud y deber ser implementada en sus tres dimensiones técnico científica, humana y del entorno.
- Corresponsabilidad: Garantía del "deber" de participar de la persona, familia y comunidad como: socios activos en la toma de decisiones para lograr y mantener un adecuado estado de salud.
- Equidad en Salud: Es la condición ideal en la población en la que todos tienen la oportunidad de acceder al cuidado de su salud y acceder a atenciones de salud, en el momento que lo requiera, y que no sea alterada por razones evitables y por tanto injustas, es darle la oportunidad de acceder al cuidado y la atención de su salud, a quien no la ha tenido. la equidad en salud implica

que los recursos sean asignados según la necesidad. No es darle a todos lo mismo.

- Solidaridad: obligación moral de contribución de los ciudadanos para el logro de una eficiente cobertura universal que permita satisfacer las necesidades de salud de la población vulnerable.
- Eficiencia: relación entre los resultados obtenidos en una actividad dada y los recursos utilizados, donde los objetivos fijados se alcanzan sin desperdiciar recursos.

Todos estos principios son importantes para establecer realizar el cuidado integral de salud de la persona adulto mayor, su familia y la comunidad donde se desenvuelve.

El modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, es considerado al como el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, responden a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad; el modelo integral de salud acoge los atributos de la atención primaria de la salud (acceso, primer contacto, cuidado integral, longitudinalidad continuidad y coordinación) y enfatiza la creación y fortalecimiento de un vínculo de largo plazo entre las personas y los equipos multidisciplinarios de salud para mejorar la salud a lo largo del curso de vida, basada en información de necesidades de salud de los diferentes grupos etarios y la diversidad de nuestra regiones del país.

El modelo registra un listado de cuidados integrales de salud para la persona, familia y comunidad como sujetos de intervención y descubre que los cuidados sanitarios se brindan los cuidados bajo modalidad fija, móvil y telemedicina, por un por equipo multidisciplinario de salud, cuyos integrantes se conforman según las necesidades de salud de la población; asignada en un territorio definido de la red integrada de salud, este equipo es responsable de coordinar con los miembros de la Red Integral de Salud para garantizar la continuidad del cuidado en el segundo y tercer nivel de atención; así mismo el modelo prevé cuidados promocionales, preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos.(38).



### 2.3.5 Características del Modelo

El Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI) concibe las acciones del cuidado de salud en función de los atributos de la APS.

- Accesibilidad: Oportunidad de utilización de los servicios de salud por la ausencia de barreras económicas, geográficas, organizacionales y culturales.
- Primer contacto: es inherente a la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención. Cuando una persona tenga un problema de salud debe existir un punto de entrada, este punto de entrada debe ser útil y accesible con capacidad resolutoria que responda a sus necesidades de salud.
- Longitudinalidad: Posibilidad de lograr una atención en salud permanente en el tiempo, así como regularidad en la relación entre el usuario y un proveedor estable de los servicios de salud.
- integralidad: Conjunto de servicios disponibles que permitan cubrir las necesidades y problemáticas de salud de los diversos grupos que conforman la población usuaria. Incluye los diversos componentes de la atención en salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
- Coordinación: Existencia de mecanismos de comunicación, referencia y contrarreferencia entre los diversos proveedores de servicios para evitar la fragmentación de la atención en salud.
- Cuidado Integral de la Salud: Incluye toda la gama de intervenciones basadas en evidencias derivadas de la investigación sistemática orientadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación en el curso de vida de las personas.
- Foco de intervención: La persona, la familia y la comunidad, considerando sus necesidades y expectativas. estableciendo una adecuada relación con el equipo multidisciplinario de salud, instituyendo la corresponsabilidad en el cuidado de salud.
- Continuidad de Cuidado: Corresponde al grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruente con sus necesidades y preferencias en salud (39).

- Formación profesional: Formación de recursos humanos en salud que conforman el equipo multidisciplinario por las universidades del país con competencias en atención primaria de salud para facilitar el cumplimiento de sus atributos, desde el pregrado.

### **2.3.6 El modelo de cuidado integral** por curso de vida se basa en los enfoques transversales tales como:

El Enfoque de Derechos (40): El enfoque de derechos humanos se fundamentó en el respeto a la dignidad de toda persona, la que nace con derechos por su sola condición de ser humano. Según este enfoque, el ser humano es el centro de las diversas esferas de acción del Estado. Este enfoque implica la obligación estatal inmediata de brindar las garantías para la igualdad de trato y la no discriminación, impidiendo así toda discriminación en la atención de salud y en lo referente a los factores determinantes sociales de la salud por los motivos prohibidos internacionalmente que tengan por objetivo o por resultado el menoscabo del disfrute en condiciones de igualdad de derecho a la salud.

Enfoque de curso de vida (41): Enfoque basado en un modelo que sugiere que los resultados en salud, de las personas y la comunidad, dependen de la integración de múltiples factores protectores y de riesgo a lo largo de la vida de las personas. Por lo tanto, cada etapa de vida influye sobre la siguiente. Los factores se refieren a características ambientales, biológicas, conductuales, psicológicas y acceso a servicios de salud.

Enfoque de Género (42): El enfoque de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan; el género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él.

Enfoque de interculturalidad (43): en salud es un proceso de respeto a las culturas y de acercamiento a los servicios de salud en el diseño e implementación con pertinencia cultural; es la comunicación que derriba las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios y aporta a los procesos de inclusión social.

### **2.3.7 Componentes del modelo de cuidado integral por curso de vida (44).**

El Modelo de Cuidado Integral por curso de vida para la persona, familia y comunidad está conformado por cuatro componentes que están interrelacionados y alineados.

- Organización para el cuidado integral de salud
- Gestión de recursos para el cuidado integral de salud
- Provisión del cuidado integral de salud
- Financiamiento del Cuidado Integral de salud

**Organización para el cuidado integral de salud**, está basada en el enfoque territorial, orientada a conseguir resultados sanitarios y lograr la integración de los sistemas tanto de apoyo clínico como administrativo, la provisión del cuidado integral de salud se organiza según una cartera de servicios de salud individual y de salud pública bajo los principios de complementariedad y continuidad de la atención entre los establecimientos de salud o fuera de ella, a través de las modalidades de oferta fija, oferta móvil y telesalud; y según la disponibilidad de los recursos necesarios (44).

En ese contexto los Establecimientos de Salud, facilitan a las personas y familias el acceso al cuidado integral de salud que necesitan de forma oportuna y con calidad de acuerdo a sus competencias, realizando las siguientes acciones: se conforman los Equipo de cuidado integral, se capacita de forma continua en el Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la persona, familia y comunidad, elaboran el Plan Local con diagnóstico situacional, cuentan con mapeo geo socio sanitario, sectorización comunitaria, asignación de responsabilidades del ámbito territorial concertada con las autoridades locales, implementan la Ficha familiar en

el sector asignado, para realizar el censo familiar, la identificación del grupo familiar, así como la definición de riesgos familiares para su intervención y el seguimiento correspondiente, solicitan recursos necesarios para atender las necesidades del equipo multidisciplinario para brindar los cuidados integrales de salud dentro y fuera del establecimiento de salud, priorizan y brindan la atención de salud de acuerdo a la cartera de servicio, registran, analizan y reporta la información de las actividades dentro y fuera del establecimiento de salud, implementan y difunden mecanismos de comunicación con enfoque de género, derecho e interculturalidad a la persona, familia y comunidad desde el primer contacto hasta el seguimiento extramural, establecen el flujo de atención y circuitos para la provisión de los cuidados integrales de salud de la persona, familia y comunidad (44).

**Gestión de recursos para el cuidado integral de salud**, para brindar los cuidados integrales se tiene en cuenta, la disponibilidad de recursos humanos, materiales, tecnológicos, financieros y de la información; teniendo en cuenta los procesos de planificación, organización dirección y control, todo en beneficio del cuidado integral de salud, considerando los recursos existentes y el cierre de brechas que debe realizarse (44).

**Provisión del cuidado integral de la salud**, el cuidado en la persona se inicia con el autocuidado que la persona ejerce sobre sí misma, lo cual se logra a través de la educación en salud e implantación de la práctica de estilos de vida saludables desde los primeros años de vida, así como en la familia y comunidad; por su parte la familia recibe los cuidados de cada persona y de su comunidad; del mismo modo, la comunidad recibe los cuidados de las personas y familias para lograr el bien común; resultando el cuidado multidireccional, reciproco, saludable, sostenible y efectivo (44).

La provisión del cuidado integral de la salud tiene como objetivo mantener a la persona, familia y comunidad saludable; por ello el cuidado debe estar orientado a la promoción, prevención recuperación, y rehabilitación en salud.

Se cumple según su función y objetivos:

**2.3.8 Abordaje de los determinantes sociales de la salud**, involucra el trabajo articulado intersectorial e intergubernamental bajo el liderazgo del Poder Ejecutivo representado por el Ministerio de Salud. Para abordarlos es necesario hacer frente a problemas relacionados con la vivienda, el transporte, el empleo, la urbanización, el desarrollo económico y el medio ambiente, entre otros; su abordaje se realiza a nivel nacional, regional y local; su intervención exige un esfuerzo colaborativo en todos los niveles y sectores del gobierno y el trabajo conjunto con el sector privado, la sociedad civil y organizaciones comunitarias en la búsqueda de soluciones innovadoras y conjuntas (45).

**Cuidado integral a la persona con enfoque de curso de vida**, se realiza para que las personas alcancen una vida saludable, así mismo aseguran el desarrollo de sus potenciales en función de la satisfacción de sus necesidades de salud.

Los cuidados individuales a la persona comprenden un conjunto de intervenciones en salud durante el trayecto de toda su vida, en la que atraviesa por transiciones y cambios en la continuidad de la misma (46).

El Estado es el responsable de brindar estos cuidados desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud estructurales hasta el garantizar que la población que residen en el Perú reciba el cuidado integral; esto comprende que la cartera de servicios del establecimiento de salud responda a los cuidados del daño con mayor carga de enfermedad y frecuencia de su territorio, para ello las intervenciones en respuesta a los cuidados de daño se organizan las vías clínicas de cuidados integrados.

**2.3.9. Los cuidados integrales de la salud por curso de vida están organizados** (47 .):

- ✓ Periodo prenatal
- ✓ Niña niño (0 a 11 años, 11 meses y 29 días)
- ✓ Adolescente (12 años a 17 años, 11 meses y 29 días)

- ✓ Adulto Joven (18 años a 29 años, 11 meses y 29 días)
- ✓ Adulto (30 años a 59 años, 11 meses y 29 días)
- ✓ Adulto mayor (60 años a más)

La provisión de cuidados integrales de la salud se brinda a la población sana y con enfermedad, a través de una cartera de cuidados por curso de vida para la persona, familia y comunidad, a través de los diferentes establecimientos de salud, articulada a otras instituciones prestadoras de servicios de salud para la continuidad de la atención de los usuarios si lo amerita. La provisión del cuidado integral de salud que se brinda, a través de paquetes de cuidado integral a la persona por curso de vida, familia y la comunidad, para satisfacer sus diversas necesidades de salud de forma continua y permanente (47).

los paquete de cuidado integral de salud a la persona, está constituido por la oferta de servicios de salud por curso de vida que comprende actividades de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y seguimiento, para la atención de las necesidades de salud de la persona; el paquete de atención integral de salud, es un conjunto articulado de cuidados esenciales que requiere la persona adulta mayor para satisfacer sus necesidades de salud, brindados por el personal de salud, la propia persona (autocuidado), familia, agentes comunitarios y otros actores sociales de la comunidad.

### **Cuidados por curso de vida al adulto mayor**

El cuidado integral en esta etapa de vida busca reducir los periodos de enfermedad, la dependencia del cuidado de otros, un "envejecimiento saludable", y debe ser abordada de una manera que además del enfoque del aspecto de salud, se considere el bienestar personal, su funcionalidad y los entornos socio familiares propicios y favorables que les permita continuar su desarrollo personal; comprende (47):

- Valoración clínica del adulto mayor: Examen físico completo para la detección de factores de riesgo o daño de su salud.

- Valoración nutricional antropométrica: Identificación de síndromes y problemas geriátricos.
- Evaluación de la agudeza visual y auditiva.
- Inmunizaciones: influenza, neumonía y otras.
- Tamizaje de violencia familiar
- Evaluación odontológica y salud bucal.
- Tamizaje de enfermedades no transmisibles: dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, entre otras.
- Tamizaje de cáncer de cuello uterino, mama, próstata.
- Tamizaje de enfermedades transmisibles.
- Prevención de complicaciones de enfermedades crónicas: Pie diabético, retinopatía, insuficiencia renal, entre otras.
- Prevención de caídas.
- Desarrollo de cuidados de la salud mental, autoestima, habilidades sociales, manejo de emociones, prevención de la ansiedad, depresión entre otras.
- Educación en deberes y derechos ciudadanos. Preparación para desastres naturales y emergencias.
- Estilos de vida saludables: Buenas prácticas de higiene, alimentarias y de actividad física.
- Consejería en: Autocuidado, salud mental, alimentación y nutrición saludable, depresión, alcoholismo, cuidado ocupacional, actividad física entre otros.
- Sesión educativa: Uso de tiempo libre, habilidades para la vida.
- Visita y atención domiciliaria integral.
- Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes nacionales, regionales y locales.
- Participación de las PAM en los círculos/club del adulto mayor en los establecimientos de salud para el desarrollo de actividades de promoción y prevención, actividades educativas y recreativas y uso del tiempo libre.
- Orientación en la elaboración de plan de vida.
- Fomento de envejecimiento activo, productivo y saludable.

Cuidados familiares a las personas adultas mayores (PAM) comprende:

- Consejería familiar para la prevención de riesgos y daños a la salud.
- Desarrollo de actividades y acompañar en actividades recreativas y ocupacionales.
- Consejería para evitar adicciones (ludopatía, alcohol, drogas) Fomento de espacios de diálogo intergeneracional.
- Incorporación de la persona adulta mayor en las actividades de la familia.
- Prevenir accidentes dentro de la casa y fuera de ella, cuidados para la prevención de caídas.
- Acompañamiento en los cuidados preventivos.
- Acompañamiento de las indicaciones médicas en la administración del tratamiento farmacológico.
- Cuidados para mantener su autonomía el mayor tiempo posible y prepararse para atenderlo en su etapa dependiente.
- Instaurar un entorno adecuado en el hogar para la seguridad y recreación de la persona adulta mayor: comodidad, seguridad y movilidad.
- Orientaciones para un envejecimiento activo. productivo y saludable.

Cuidados comunitarios a los adultos mayores comprende:

Coordinación y articulación con los sectores, instituciones privadas y la comunidad organizada presentes en el territorio para la generación de:

- Fomento de redes de apoyo social y agentes comunitarios para contribuir a la vigilancia del cuidado integral de salud de la PAM.
- Promoción de la participación de las PAMs en los Centros de Atención Integral
- CIAM de la municipalidad, clubes sociales, deportivos, entre otros.
- Promoción de los Programas de apoyo social, campañas comunicacionales para un envejecimiento saludable, de prevención, entre otras.
- Promoción de Seguridad vial, incluyendo acceso a personas con discapacidad

**2..3.9. 1 Plan de Atención Integral** El plan de atención integral se elabora en base a la evaluación integral del adulto mayor, en el que se brinda el paquete de atención integral de salud individual y adecuada a la categoría del establecimiento de salud, en forma gradual y continua.



**Plan de Atención Integral de Salud** Definición Operacional. - Es el resultado de la evaluación inicial del adulto mayor a través de la cual se define el conjunto individualizado de cuidados esenciales y es realizado de acuerdo a cada categoría que debe recibir una persona para considerar que ha sido atendida integralmente (47).

**2.3.9. 2 valoración Clínica del Adulto Mayor (Vacam)** Definición Operacional. - Actividad que se realiza en el primer contacto entre la persona y el servidor de salud a través de la cual se define un conjunto de procesos: diagnóstico multidimensional y multidisciplinarios, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor (paquete de atención integral y diferenciada de salud), que respondan a las necesidades de salud con enfoque biopsicosocial, gerontológico y geriátrico, que debe recibir el adulto mayor para considerar que ha sido atendida integralmente. Actividad que se realiza una vez al año o más según necesidad y criterio del personal de salud. También conocido como Valoración Geriátrica Integral – VGI (48).

### **Criterios de definición y selección de las Personas Adultas**

**Mayores a través de la VACAM:** De la aplicación de la VACAM inicial se concluye que el adulto mayor se encuentra sano, presenta factores de riesgo o tiene alguna afección o daño. Con la finalidad de brindar los cuidados de salud se han clasificado a las PAMs en 4 categorías.

Estas categorías se establecen al final de la primera consulta y constituyen el pilar fundamental del Plan de Atención Integral de Salud ya que permitirá identificar y priorizar a las PAMs en las cuales es necesario redoblar los esfuerzos para mejorar su calidad de vida, a través de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, según la necesidad de salud de las PAMs.

Las cuatro categorías de clasificación de PAMs son los siguientes:

**Persona Adulta Mayor Activa Saludable.** - Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.

El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Ver anexo N°4 Plan de atención para PAM activa saludable).

**Persona Adulta Mayor Enferma.** - Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo (ver ítem c y d).

El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor. (Ver anexo N°4 Plan de atención para PAM enferma).

**c) Persona Adulta Mayor Frágil.** - Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más.
- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz. (Anexo N°3).
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer. (Anexo N°3).
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage. (Anexo N°3).
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio — familiar. (Anexo N°3).
- Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año.
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas.
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej.
- Déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros. (49).

## **CAPÍTULO III**

### **PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR CON ENFOQUE DE CURSO DE VIDA EN EL CENTRO DE SALUD ALTO ILO - MOQUEGUA, 2022**

#### **3.1. JUSTIFICACIÓN**

La atención integral de la persona adulta mayor comprende un conjunto de cuidados esenciales los que se encuentran incluidos en el paquete de Atención Integral, de acuerdo a las necesidades de salud del adulto mayor requiere una evaluación integral de los aspectos biológicos propios del organismo envejecido, los relacionados con las actividades de la vida diaria y funcionalidad, las concepciones neuropsicológicas, de la dinámica familiar y de las condiciones socioeconómicas. El crecimiento acelerado de la población envejecida va acompañado del incremento de enfermedades crónicas en individuos con mayor vulnerabilidad, cuya atención requiere mayor consumo de recursos y obliga a incorporar atención especializada, lo que ha provocado importantes consecuencias en el sistema de salud actual. La Valoración Geriátrica Integral mejora los indicadores de calidad de cuidado del adulto mayor, la funcionalidad, impacta en una menor morbimortalidad, disminución de las hospitalizaciones, menor uso de medicamentos, y mejora la calidad de vida relacionada con la salud.

El plan de intervención de enfermería se justifica por cuanto al tener conocimiento sobre promover un envejecimiento activo a través de un bienestar físico, social y mental en tiempos de pandemia es un grande desafío y reto en esta vida saludable logrando satisfacer las necesidades básicas del curso de vida adulto mayor.

En este plan se busca trabajar conjuntamente con el equipo multidisciplinario desarrollando diversas actividades intra y extramurales involucrando directamente a los integrantes del círculo del adulto mayor (CAM) brindando un conjunto de cuidados esenciales los que se encuentran incluidos en el paquete de atención

integral, de acuerdo a las necesidades del adulto mayor, familia y comunidad fundamentales para un envejecimiento feliz.

### **3.2. OBJETIVOS**

#### **3.2.1. OBJETIVO GENERAL**

- Contribuir a mejorar la intervención de enfermería en el cuidado integral de la salud del curso de vida Adulto mayor en el C.S. Ato Ilo – Moquegua, 2022.

#### **3.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Instruir la valoración clínica del Adulto Mayor (VACAM) para la valoración de su estado de salud (Valoración funcional, Mental, Socio familiar).
- Elaborar el plan de atención integral teniendo en cuenta las cuatro categorías según clasificación de las personas adultos mayores.
- Propiciar la evaluación odontológica oportuna para disminuir riesgos en salud bucal.
- Realizar el tamizaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales (Violencia intrafamiliar, Trastorno depresivo, Episodio psicótico).
- Efectuar el examen de ojos y la determinación de la agudeza visual
- Identificar los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles con valoración clínica oportuna y tamizaje laboratorial.
- Culminar la actividad del plan de atención integral de los riesgos individuales para un envejecimiento saludable.

### **3.3 META**

Más del 50% de los adultos mayores logran cumplir su paquete de atención integral del C.S. Alto Ilo –Ilo 2022.

### 3.4. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

| Actividades   | Unidad de Medida | Indicador  | Meta | Cronograma             | Responsable   |
|---|------------------|--|------|------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Instruir la valoración clínica del Adulto Mayor (VACAM) para la valoración de su estado de salud (Valoración funcional, Mental, Sociofamiliar).</li> <li>Realizar actividades preventivo promocionales con los integrantes del Circulo del Adulto Mayor (CAM).</li> <li>Realizar visitas domiciliarias integrales de las familias con Adulto Mayor (PROFAM)</li> </ul> | Persona Evaluada | N° de Personas adultas mayores integrantes del CAM con VACAM<br>-----<br>Total de personas adultas mayores integrantes del CAM   | 100% | Enero a Diciembre 2022 | Enfermera encargada.<br><br>Equipo multidisciplinario capacitado. |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar el plan de atención integral según clasificación de las categorías del adulto mayor.</li> <li>Brindar los cuidados esenciales de acuerdo a las categorías del adulto mayor.</li> <li>Brindar información, educación y comunicación al familiar o cuidador del adulto mayor en tiempos de COVID 19.</li> </ul>   | Persona Tratada  | N° de Personas adultas mayores integrantes del CAM con PAI (1)<br>-----<br>Total de personas adultas mayores integrantes del CAM | 100% | Enero a Diciembre 2022 | Enfermera encargada.<br><br>Equipo multidisciplinario capacitado. |

|  |                             |   |             |                               |  |
|--|-----------------------------|---|-------------|-------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Propiciar la evaluación odontológica oportuna para disminuir riesgos en salud bucal.</li> <li>• Realizar actividades con el círculo del adulto mayor, sesiones educativas y demostrativas, para la detección y eliminación de placa bacteriana.</li> </ul>                                  | <p>Persona<br/>Tratada</p>  | <p>Nº de Personas adultas mayores integrantes del CAM con evaluación odontológica (ABO)</p> <p>-----</p> <p>Total de personas adultas mayores integrantes del CAM</p> | <p>100%</p> | <p>Enero a Diciembre 2022</p> | <p>Enfermera encargada.</p> <p>Equipo multidisciplinario capacitado.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectuar el examen de ojos y la determinación de la agudeza visual</li> <li>• Realizar el tamizaje visual a los integrantes del círculo del adulto mayor</li> <li>• Detectar a tiempo algún grado de disminución de esta o ceguera causada por cataratas en consultorio externo.</li> </ul> | <p>Persona<br/>Evaluada</p> | <p>Nº de Personas adultas mayores integrantes del CAM con tamizaje de agudeza visual.</p> <p>-----</p> <p>Total de personas adultas mayores integrantes del CAM</p>   | <p>100%</p> | <p>Enero a Diciembre 2022</p> | <p>Enfermera encargada.</p> <p>Equipo multidisciplinario capacitado.</p> |

|  |                           |   |             |                               |  |
|--|---------------------------|---|-------------|-------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles con valoración clínica oportuna y tamizaje laboratorial.</li> <li>• Brindar consejería sobre modificación de estilos de vida saludable.</li> <li>• Realizar sesiones educativas y demostrativas de actividad física y alimentación saludable.</li> </ul>  | <p>Persona Tamizada</p>   | <p>Nº de Personas adultas mayores integrantes del CAM con control del daño no transmisible.</p> <p>-----</p> <p>Total de personas adultas mayores integrantes del CAM</p> | <p>100%</p> | <p>Enero a Diciembre 2022</p> | <p>Enfermera encargada.</p> <p>Equipo multidisciplinario capacitado.</p>                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Culminar la actividad del plan de atención integral de los riesgos individuales para un envejecimiento saludable.</li> <li>• Realizar trabajo en equipo para lograr cambios para generar salud como seguimiento y monitoreo</li> <li>• Conocer el nivel de satisfacción de los integrantes del CAM. Realizar el tamizaje de personas adultas mayores con trastornos mentales y</li> </ul> | <p>Persona controlada</p> | <p>Nº de Personas adultas mayores integrantes del CAM con tamizaje de agudeza visual.</p> <p>-----</p> <p>Total de personas adultas mayores integrantes del CAM</p>       | <p>100%</p> | <p>Enero a Diciembre 2022</p> | <p>Enfermera encargada.</p> <p>Equipo multidisciplinario capacitado.</p> <p>Enfermera encargada.</p> |

|  |                         |  |             |                               |  |
|--|-------------------------|--|-------------|-------------------------------|--|
| <p>problemas psicosociales (VIF,AD,TD.EP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar consejería en salud mental al adulto mayor y buscar soporte con la familia.</li> <li>• Abordar los problemas de salud mental necesidades y sentimientos involucrando a su cuidador o familiar.</li> </ul> | <p>Persona Tamizada</p> | <p>Nº de personas adultas mayores integrantes del CAM con tamizaje de trastornos mentales y problemas psicosociales</p> <hr/> <p>Total de Personas adultas mayores integrantes del CAM</p> | <p>100%</p> | <p>Enero a Diciembre 2022</p> | <p>Equipo Multidisciplinario Capacitado.</p> |
|--|-------------------------|--|-------------|-------------------------------|--|



### **3.5 RECURSOS**

#### **3.5.1 RECURSOS MATERIALES**

- Insumos Médicos
- Guantes de procedimiento
- Respirador N° 95 Diferentes tallas
- Mandilón descartable Talla S y M
- Formatos para Historia Clínica
- Libretas del Adulto Mayor
- Alcohol 97%
- Guantes de Procedimiento
- Guantes Estériles
- Algodón
- Reactivos para laboratorios
- Gasas
- Jabón liquido
- Papel toalla
- Cajas de bioseguridad
- Material de escritorio
- Jabón liquido
- Papel toalla
- Gasas
- Tensiómetro Digital
- Estetoscopio
- Glucómetro portátil
- Medidor de Colesterol y Triglicéridos Portátil
- Termómetro Digital
- Tiras reactivas
- Cartilla Equivalente a 6 Metros
- Oclusores
- Tonómetro
- Linterna para inspección Visual
- Formatos de Tamizajes

### 3.5.2 RECURSOS HUMANOS

|                              |  |
|------------------------------|--|
| JEFE DEL RESP. DEL EES       | : Lic. Julia Ccosi Vargas              |
| RESP. DE LA E.V.A.M.         | : Lic. Lourdes Cruz Panuera            |
| MEDICO TRATANTE              | : Med. Christian Oviedo                |
| RESP. ES TBC                 | :Lic. Esther La Torre Llasaca          |
| RESP. ES S. OCULAR           | :Lic. Evelyn Mejia                     |
| RESP. ES CANCER              | :Lic. Julia Ccosi Vargas               |
| RESP. ES DNT                 | :Lic. Lourdes Cruz Panuera             |
| RESP. ES S. BUCAL            | :C.D. Cesar Juarez Vizcarra            |
| RESP. ES INMUNIZACIONES      | :Lic. Paola Rojas Palomino             |
| RESP. ES SALUD MENTAL        | :Psic. Dina Luna Cañari                |
| RESP. DE PROMOCION           | :T. S. Leandra Apaza Mamani            |
| RESP. DE NUTRICION           | :Lic. Vivian Moscoso                   |
| RESP. DE INFORMATICA Y ESTAD | :Tec Edhit Duran Añasco                |
| RESP. DE LA REFERENCIAS Y C  | :C.D.Christiam Ramos Gutierrez<br>F.D. |
| RESP. DE SIS                 | :T. S. Leandra Apaza Mamani            |
| RESP. DE LABORATORIO         | :Tec. Silvia Alvarez Loayza            |
| RESP. DE FARMACIA            | :Tec. Sandra Cruz Ticona               |
| RESP. DE ALMACEN             | :Ax. Juan Torres Pallara               |
| PERSONAL TEC. ENF. DE APOYO  | :Tec. Claudia Vargas Oyarzun           |

### 3.6 EJECUCIÓN

- Se realizó las actividades del paquete de atención integral desarrolladas en el círculo del adulto mayor (CAM) y en consultorios externos.
- Se aplicó la VACAM a los integrantes del círculo del adulto mayor y en consultorio externo una vez al año pudiéndose repetir si el caso lo amerita y a criterio del profesional médico.
- Se realizó el Plan de Atención Integral (1), a los integrantes del círculo del adulto mayor y en Consultorio externo ya que permitirá determinar el nivel de atención según capacidad resolutive quien se encargará de brindar los paquetes de cuidados esenciales.
- Se realizó la Evaluación Odontológica a los pacientes del círculo del adulto mayor y consultorio externo con su ABO.
- Se realizó el Tamizaje con trastornos mentales y problemas psicosociales (VIF, AD, TD.EP) a los pacientes del círculo del adulto mayor y consultorio externo.
- Se realizó el Tamizaje de Agudeza Visual a los pacientes del círculo adulto mayor y consultorio externo, derivándose al servicio de medicina.
- Se realizó la Valoración Clínica de factores de riesgo de daños no transmisibles y tamizaje laboratorial a los integrantes del círculo del Adulto mayor y consultorio externo.
- Se culminó la actividad del Plan de Atención Integral (T.A) a los pacientes del círculo de adulto mayor y consultorio externo conociendo su nivel de satisfacción de necesidades.

### **3.7. EVALUACIÓN**

La supervisión y monitoreo se realizaron periódicamente siendo responsabilidad de la coordinadora de la Red Ilo, y esta a su vez evaluada a la encargada del curso de vida adulto mayor con la finalidad de valorar metas de las actividades que se realizaron en la atención integral.

Dándose compromisos que contribuyan con el desarrollo de las actividades que fueron desarrolladas o reprogramadas en este curso de vida adulto mayor.

Los indicadores serán evaluados de manera trimestral, semestral, o anualmente según corresponda.

La evaluación semestral fue más del 50% en el paquete completo de atención integral del curso de vida adulto mayor sobre una base de diagnóstico situacional y de necesidades de dicha población, así como la demanda de la comunidad correspondiente de la jurisdicción del centro de salud Alto Ilo.

**PAQUETE COMPLETO DE ADULTO MAYOR ENERO- JUNIO 2022 CENTRO  
SALUD ALTO ILO**

Se trabajo en forma coordinada con el equipo multidisciplinario favoreciendo la organización del círculo del adulto Mayor que se mantiene activo y ellos acuden a las convocatorias realizadas periódicamente para su evaluación integral.

| <b>N°</b> | <b>ACTIVIDADES</b>                         | <b>META</b> | <b>AVANCE</b> | <b>%</b>       |
|-----------|--|-------------|---------------|----------------|
| 1         | PLAN ATENCION INTEGRAL 1                   | 127         | 103           | <b>81.10%</b>  |
| 2         | VACAM                                      | 127         | 77            | <b>60.63%</b>  |
| 3         | EVALUACION ORAL COMPLETA                   | 80          | 65            | <b>81.25%</b>  |
| 4         | TAMIZAJE DE AGUDEZA VISUAL                 | 35          | 105           | <b>300.00%</b> |
| 5         | VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO   | 142         | 179           | <b>126.06%</b> |
| 6         | TAMIZAJE PERSONAS CON TRANSTORNOS MENTALES | 280         | 382           | <b>136.43%</b> |
| 7         | PLAN ATENCION INTEGRAL TA                  | 127         | 42            | <b>33.07%</b>  |

Presentamos la evidencia y analizamos como las limitaciones afecta a los adultos Mayores que están correlacionadas con la presencia de enfermedades crónicas.

### CONTROLAR LA MORBILIDAD POR DAÑOS NO TRANSMISIBLES EN EL ADULTO MAYOR

| ACTIVIDADES PRIORIZADAS                            | META | AVANCE | %              |
|--|------|--------|----------------|
| VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO EN ADULTO | 142  | 179    | <b>126.06%</b> |
| TAMIZAJE LABORATORIAL                              | 142  | 54     | <b>38.03%</b>  |

| CASOS NUEVOS DX       | CASOS |
|-----------------------|-------|
| SOBREPESO             | 6     |
| OBESIDAD              | 7     |
| DIABETES MELLITUS     | 0     |
| HIPERTENSION ARTERIAL | 0     |
| DISLIPIDEMIA          | 64    |

| HIPERTENSION ARTERIAL | HTA | TRATAMIENTO EN EL ULTIMO MES |               | CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL |        | VALOR NORMAL DE P/A |        |
|-----------------------|-----|------------------------------|---------------|--------------------------------|--------|---------------------|--------|
|                       | N°  | N°                           | %             | N°                             | %      | N°                  | N°     |
| ADULTO MAYOR          | 54  | 41                           | <b>75.93%</b> | 29                             | 70.73% | 22                  | 75.86% |

PADRON

| DIABETES     | DIABETICOS | TRATAMIENTO EN EL ULTIMO MES |               | CONTROL DE LA GLUCOSA |        | GLUCOSA NORMAL |        |
|--------------|------------|------------------------------|---------------|-----------------------|--------|----------------|--------|
|              | N°         | N°                           | %             | N°                    | %      | N°             | N°     |
| ADULTO MAYOR | 36         | 26                           | <b>72.22%</b> | 13                    | 50.00% | 2              | 15.38% |

PADRON

| <b>FAMILIA QUE RECIBE SESION EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVAS PARA LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES</b> | <b>META</b> | <b>AVANCE</b> | <b>%</b>     | <b>SESIONES REALIZADAS</b> |
|--|-------------|---------------|--------------|----------------------------|
| ASISTENTES A SESION EDUCATIVA -ALIMENTACION SALUDABLES   | 100         | 0             | <b>0.00%</b> | <b>40</b>                  |
| ASISTENTES A SESION DEMOSTRATIVA-ALIMENTACION SALUDABLES   | 100         | 0             | <b>0.00%</b> | 26                         |
| ASISTENTES A SESION EDUCATIVA - SALUD BUCAL  | 100         | 0             | <b>0.00%</b> | 26                         |
| ASISTENTES A SESION DEMOSTRATIVA - SALUD BUCAL   | 100         | 0             | <b>0.00%</b> | 68                         |
| ASISTENTES A SESION EDUCATIVA - ACTIVIDAD FISICA   | 100         | 0             | <b>0.00%</b> | 40                         |
| ASISTENTES A SESION DEMOSTRATIVA - ACTIVIDAD FISICA  | 100         | 0             | <b>0.00%</b> | 40                         |
| ASISTENTES A SESION EDUCATIVA - SALUD OCULAR   | 100         | 0             | <b>0.00%</b> | 40                         |
| ASISTENTES A SESION DEMOSTRATIVA - SALUD OCULAR  | 100         | 0             | <b>0.00%</b> | 40                         |
| ASISTENTES A SESION EDUCATIVA - SALUD MENTAL   | 100         | 0             | <b>0.00%</b> | 40                         |
| ASISTENTES A SESION DEMOSTRATIVA - SALUD MENTAL  | 100         | 0             | <b>0.00%</b> | 40                         |

| <b>PERSONAS CON S ENFERMEDAD CARDIOMETABOLICA QUE RECIBEN EDUCACION PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD</b> | <b>META</b> | <b>AVANCE</b> | <b>%</b>      |
|--|-------------|---------------|---------------|
| ASISTENTES A SESION EDUCATIVA  | 77          | 40            | <b>51.95%</b> |

**ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD EN ADULTO MAYOR**

## CONCLUSIONES

1. El envejecimiento debe ser entendido no solamente como un deterioro biológico si no debe entenderse en un contexto cultural.
2. La atención integral para el curso de vida adulto mayor, familia y comunidad es una responsabilidad de un equipo multidisciplinario capacitado y sensibilizado.
3. La medicina complementaria se debe poner en práctica en el cuidado integral de la salud del adulto mayor con una visión holística y de amplia aplicación de métodos no convencionales en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.
4. El trabajo de enfermería en este curso de vida es muy valioso tomando una actitud de iniciativa ante la vida humana ya que es acogida con responsabilidad, respeto, empatía y asegurar un envejecimiento activo saludable con dignidad.
5. Fomentar estrategias para brindar atención integral y estilos de vida saludable en el curso de vida adulto mayor.



## RECOMENDACIONES

1. Reconocer e identificar las oportunidades accesibles para el aprendizaje y el crecimiento a lo largo de la vida aprendiendo y practicando estilos de vida saludables, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.
2. Evidenciar la necesidad de contar con un presupuesto exclusivamente en áreas vinculadas a la atención integral de salud del curso de vida adulto mayor
3. Satisfacer las necesidades básicas del curso de vida adulto mayor y promover vivir más años de vida saludable con calidad de vida.
4. Potenciar el rol cuidador la familia, haciendo que comprenda que la vejez no es sinónimo de enfermedad, por lo tanto, se debe educar a los miembros de familia que deben realizar cuidados esenciales con responsabilidad y amor hacia la persona adulta mayor.
5. Fomentar nuevos estilos de vida saludable educando a los adultos mayores en temas referidos a enfermedades no transmisibles, aprendiendo como vivir con ellas sin deteriorar su salud.
6. Trabajar con un equipo interdisciplinario especializado como Gerontología, Otorrinolaringólogo, oftalmólogo, para corregir y/o prevenir patologías problemas de audición y visión teniendo en cuenta una serie de retos y técnicas en buscar diversos tratamientos en este curso de vida adulto mayor para dar calidad de vida ya que actualmente en el hospital de Ilo – II1, MINSA no se cuenta con estas especialidades teniendo una población mayor que crece aceleradamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI, informe Técnico N° 02 junio 2022 (<https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin-adulto-mayor-ene-mar-2022.pdf>)
2. Organización Mundial de la Salud. Organismos internacionales y envejecimiento [acceso 10 de agosto de 2022]. Disponible en: [http://traballo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso\\_envelhecimento/congreso\\_en-vejecimiento\\_activo.pdf](http://traballo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envelhecimento/congreso_en-vejecimiento_activo.pdf).
3. Dulcey-Ruiz E. Psicología del envejecimiento. En: López J, Cano C, Gómez J, editores. Geriatria Fundamentos de Medicina. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB; 2006, pp. 64-8.
4. Cobo, S. Envejecimiento exitoso y calidad de vida: su papel en las teorías del envejecimiento. Gerokomos, 20, 172-174.
5. Fairweather, D. Aging as a biological phenomenon, Rev Clin Gerontol. 1991.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Envejecimiento y Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
7. Lombardo, F. Cegri. Evolución de la salud de las personas mayores, fragilidad y factores pronósticos de inclusión en un programa de atención domiciliaria, ingreso en un centro residencial y mortalidad. Seguimiento de una cohorte de adultos mayores de Cataluña .Tesis doctoral. Cataluña-España, 2021.
8. Barboza P. Factores demográficos, económicos y sociales asociados al maltrato del adulto mayor en el distrito de socos.Tesis doctoral Ayacucho-Perú, 2019.
9. **Paredes, Yarce y Aguirre.** En el estudio Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad de San Juan de Pasto.Colombia-2018 .Disponible en:<https://www.redalyc.org>

10. Aranco, Stampini, Ibarra y Medellín. En la publicación panorama del envejecimiento y dependencia en América y el Caribe-2018. Disponible en :<https://www.gerontologia.org>
11. **Gonzales y Cardentey** . En el estudio Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores .Cuba 2018. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>.
12. **Sabando, Zambrano, Molina y Loor**. En el estudio Promoción de estilos de vida saludables en la investigación e intervención de la salud familiar intercultural en el adulto mayor. Ecuador -2018. Disponible en <http://revistas.ulvr.edu.ec>.
13. Cabrera M., Jara G. Cuidado Integral del Adulto Mayor por el Cuidador. Centro de Salud la Tulpuna. Tesis doctoral. Cajamarca – Perú 2021
14. **Monteza ,S**. En su estudio llamado Calidad del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario en el programa de atención Integral del Adulto Mayor – Microred la victoria. Chiclayo ,Peru-2020 .Disponible en :<https://repositorio.uss.edu.pe>.
15. **Barboza, P**. Factores demográficos, económicos y sociales asociados al maltrato del adulto mayor en el distrito de socos. Tesis doctoral Ayacucho – Peru-2019.
16. **Berrocal**. En la tesis Factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017. Lima 2018 .Disponible en:<https://repositorio.ucv.edu.pe>
17. **Jauregui , A**. En su estudio llamado Calidad de Vida de la persona adulta mayor perteneciente al Programa Gerontológico Social de dos provincias . Ica, Perú 2017. Disponible en:<https://pesquisa.bvsalud.org/>

**18. Henderson, V. (2014). Disponible**

en: <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>

19. Oddonne, M, J. (2013). Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf>

20. Organización Panamericana de la Salud: Envejecimiento y salud, <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>

21. Organización Mundial de la Salud: Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing#:~:text=El%20Envejecimiento%20Saludable%20es%20el,que%20para%20ellas%20es%20importante.>

22. Resolución Ministerial N° 240-2013-MINSA, que aprobó la “Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta Mayor”.

23. González Bernal y de la Fuente Anuncibay (2014), González Bernal, J., & de la Fuente Anuncibay, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: Un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano.

24. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 7, 121-129. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.>

25. Brummel-Smith, K. (2007b). Optimal aging, part II: Evidence-based practical steps to achieve it. *Annals of Long-Term Care*.

26. Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. OMS.

27. Fernández-Ballesteros, R. Positive ageing. Objective, subjective, and combined outcomes. *E-Journal of Applied Psychology*, 7(1), 22-30. <https://doi.org/10.7790/ejap.v7i1.238.>

28. Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 298012. <https://doi.org/10.1155/2013/298012>

29. Petretto et al., (2016). Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., López, C. M., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: Una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
30. (Dong y Simon, 2008). Dong, X., & Simon, M. (2008). Is greater social support a protective factor against Elder mistreatment? *Gerontology*, 54(6), 381-388. <https://doi.org/10.1159/000143228>
31. Seeman, T. (2000). Successful aging: Fact or fiction? UCLA Center on Aging Event, Fall Community Meeting.
32. Carver, L. F., & Buchanan, D. (2016). Successful aging: Considering non-biomedical constructs. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1623-1630. <https://doi.org/10.2147/CIA.S117202>
33. Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511665684.003>
34. Tesch-Römer y Wahl. (2017). Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2017). Toward a more comprehensive concept of successful aging: Disability and care needs. *Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(2), 310-318. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw162>
35. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud A-A 1978. Declaración de Alma-Ata. 1978.
36. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata: OMS; 1978.
37. OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs
38. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud A-A 1978. Declaración de Alma-Ata. 1978.
39. Organización Panamericana de la Salud. *la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Serie N°4 Redes Integradas de Servicios de Salud*. OPS; 2010.

40. Organización Panamericana de la Salud O. la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Serie N°4 Redes Integradas de Servicios de Salud. OPS;
41. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Norma técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud. 2006.
42. Blanco M. El enfoque de curso de vida: orígenes y desarrollo. Rev Latinoam Población. 2011;5(8):5-31.
43. MIMP. Conceptos Fundamentales para la Transversalización del Enfoque de Género. 2014;16. Available from: [https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dcteg/Folleto-Conceptos-fundamentos-en-TEG\\_MIMP-DGTEG-DASI](https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dcteg/Folleto-Conceptos-fundamentos-en-TEG_MIMP-DGTEG-DASI).
44. Ministerio de Salud y Protección social de Colombia. Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. p.106.
45. Ministerio de Salud: Resolución Ministerial N 030-2020-MINSA, Documento técnico: Modelo de cuidado integral de la salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad, Lima Peru.
46. Organización Panamericana de la Salud. Impulsar el enfoque de la salud en todas las políticas en las Américas: ¿Cuál es la función del sector de la salud? Breve guía y recomendaciones para promover la colaboración multisectorial. OPS; 2015.
47. Blanco M. El enfoque de curso de vida: orígenes y desarrollo. Rev Latinoam Población. 2011;5(8):5-31.
48. Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.
49. Manual de registro y codificación de la atención en la consulta externa: Etapa de vida adulto mayor. Sistema de Información HIS / Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral– Etapa de Vida Adulto Mayor -- Lima: Ministerio de Salud; 2019,

# ANEXOS



1. Leyenda: Materiales para realizar el tamizaje de Agudeza Visual toma de presión arterial y perímetro abdominal

A detailed medical form titled "Formato de Atención Integral del Adulto Mayor" with multiple columns and rows for data entry.

2. Leyenda. Formato de Atención Integral del Adulto Mayor

3. Leyenda: Motivación para realizar actividades por el día del Adulto Mayor.



4. Leyenda: La nutricionista realizando la sesión demostrativa de alimentación saludable.





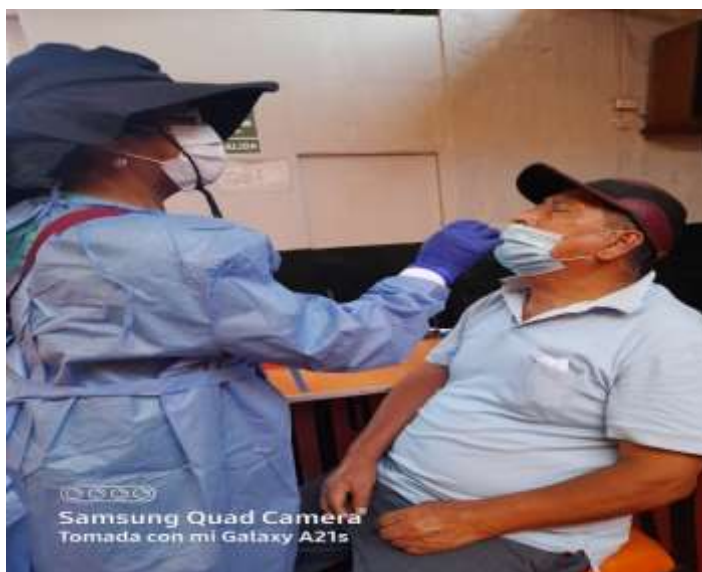
5. Leyenda: La fisioterapeuta en domicilio de un adulto mayor enseñando a la cuidadora los ejercicios terapéuticos para una buena irrigación sanguínea y evitar el sedentarismo.



6. Leyenda: Personal de enfermería educando en visita domiciliaria sobre estilos de vida saludable para evitar el sobrepeso y obesidad



7. Leyenda: Personal de enfermería realizando la toma de muestra en el adulto mayor para descartar covid 19.



8. Leyenda: Equipo multidisciplinario realizando actividades extramurales logrando mayor participación de los adultos mayores para descartar Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus



9. Leyenda: Inicio 2022 en la placita Tupac Amaru. Día de encuentro del Circulo del Adulto Mayor dándoles a conocer la importancia de su atención integral



10. Leyenda: El odontólogo realizando sesión demostrativa de dos en dos para que pueda observar mejor el adulto mayor el correcto cepillado de dientes y eliminación de la placa bacteriana



11.Leyenda: Personal de enfermería realizando actividad física para lograr mantener un envejecimiento activo y saludable.



12.Leyenda: Personal de enfermería realizando medidas antropométricas para evaluar evaluación clínica de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles.



13. Leyenda: Integrantes del círculo del adulto mayor participando en el taller de terapia cognitiva.

